

**Fasce 34, 35, 36, 40, 48 se residenti in Sicilia**

**LOGO Prefettura** Prefettura di

**Modulo ICLAV2010**

Prestazione a favore di **(decodifica tipo invalidità)**

INVCIV n.....Sede di.....

**Dichiarazione di responsabilità ex articolo 1, comma 35, della legge 24 dicembre 2009, n. 247.**

Il/La sottoscritto/a ..... **(nome del titolare)**<sub>8</sub>.....nato/a il **(data nascita)**<sub>10</sub>

codice fiscale .... **(codice fiscale)**<sub>11</sub>.....

residente in.....via .....

titolare di assegno mensile in qualità di invalido civile, con riferimento al requisito del mancato svolgimento di attività lavorativa previsto dall'art. 1, comma 35, della legge 24 dicembre 2007, n. 247

DICHIARA (barrare la casella interessata)

- DI PRESTARE ATTIVITA' LAVORATIVA DAL.....CON UN REDDITO IMPONIBILE PARI A €.....
- DI ESSERE OCCUPATO AI SENSI DELLA LEGGE 12 MARZO 1999, N. 68 E DEL DECRETO LEGISLATIVO 10 SETTEMBRE 2003, N. 276 (COOPERATIVE SOCIALI E CONVENZIONI- QUADRO) <sup>(1)</sup>
- DI NON PRESTARE ALCUNA ATTIVITA' LAVORATIVA

Data.....Firma <sup>(2)</sup>.....

**(1 ) Tale ipotesi non impedisce il conseguimento o il mantenimento del diritto all'assegno mensile d'invalido.**

**(2) Per gli invalidi civili il cui handicap non consente loro di autocertificare, se interdetti o inabilitati, la dichiarazione dovrà essere presentata dai rispettivi tutori o curatori, altrimenti dovrà essere presentato un certificato medico (articolo 1, comma 256, legge 23 dicembre 1996, n. 662).**

Nel caso si tratti di disabili intellettivi o minorati psichici, in sostituzione della presente dichiarazione, **entro il 31 marzo 2010**, deve essere presentato un certificato medico (articolo 1, comma 254, legge 23 dicembre 1996, n. 662).

DA RICORDARE

**Ai sensi dell'articolo 4 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa.(Testo A)", la dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta da pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante.**

Pertanto, le persone impossibilitate a sottoscrivere il presente modulo potranno rilasciare la dichiarazione davanti a funzionario incaricato dell'Azienda Sanitaria Locale competente per territorio, del Comune o della Prefettura, organi incaricati dalla legge n. 662/1996 a ricevere la medesima. Il funzionario accerterà l'identità del dichiarante (articolo 4 del D.P.R. n. 445/2000)<sup>1</sup>

La invitiamo a restituire tale dichiarazione entro il **31 marzo 2010**. Le ricordiamo che può essere spedita o presentata direttamente all'Azienda sanitaria locale (ASL) competente per territorio, al Comune o alla Prefettura.

---

**Fasce 33, 38, 41, 42, 44, 45 se residenti in Sicilia**

**LOGO Prefettura** Prefettura di

**Modulo ICRI01**

Prestazione a favore di **(decodifica tipo invalidità)**

INVCIV n.....Sede di.....

**Dichiarazione di responsabilità ex articolo 1, comma 248, legge 23 dicembre 1996, n. 662, ai sensi delle leggi n. 15/1968 e n. 45/1986.**

Il/La sottoscritto/a ..... **(nome del titolare)**<sub>8</sub>..... nato/a il **(data nascita)**<sub>10</sub>

codice fiscale .... **(codice fiscale)**<sub>11</sub>.....

residente in.....Via .....

titolare dell'indennità di accompagnamento in qualità di invalido civile con riferimento alla permanenza o meno del requisito di non ricovero in Istituto a titolo gratuito previsto dall'articolo 1 della legge 11 febbraio 1980, n. 18,

DICHIARA (barrare la casella interessata)

- DI ESSERE RICOVERATO A TITOLO GRATUITO DAL .....**
- DI ESSERE STATO RICOVERATO A TITOLO GRATUITO DAL .....****AL.....**
- DI NON ESSERE RICOVERATO A TITOLO GRATUITO**

Data.....Firma (1).....

**(1) Per gli invalidi civili il cui handicap non consente loro di autocertificare, se interdetti o inabilitati, la dichiarazione dovrà essere presentata dai rispettivi tutori o curatori, altrimenti dovrà essere presentato un certificato medico (articolo 1, comma 256, legge 23 dicembre 1996, n. 662).**

Nel caso si tratti di disabili intellettivi o minorati psichici, in sostituzione della presente dichiarazione, entro il 31 marzo 2010, deve essere presentato un certificato medico (articolo 1, comma 254 legge 23 dicembre 1996, n. 662).

DA RICORDARE

**Ai sensi dell'articolo 4 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa.(Testo A)", la dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta da pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante.**

Pertanto, le persone impossibilitate a sottoscrivere il presente modulo potranno rilasciare la dichiarazione davanti a funzionario incaricato dell'Azienda Sanitaria Locale competente per territorio, del Comune, della Prefettura, organi incaricati dalla legge n. 662/1996 a ricevere la medesima. Il funzionario accerterà l'identità del dichiarante (articolo 4 del D.P.R. n. 445/2000)

<sup>1</sup> La invitiamo a restituire tale dichiarazione entro il **31 marzo 2010**. Le ricordiamo che può essere spedita o presentata direttamente all'Azienda Sanitaria locale (Asl) competente per territorio, al Comune, alla Prefettura.

**Fasce 34, 35, 36, 40, 48**

**LOGO INPS** Sede INPS di

**Modulo ICLAV2010**

Prestazione a favore di **(decodifica tipo invalidità)**  
INVCIV n.....Sede di.....

**Dichiarazione di responsabilità ex articolo 1, comma 35, della legge  
24 dicembre 2009, n. 247.**

Il/La sottoscritto/a ..... **(nome del titolare)**<sub>8</sub>.....nato/a il **(data nascita)**<sub>10</sub>  
codice fiscale .... **(codice fiscale)**<sub>11</sub>.....  
residente in.....via .....  
titolare di assegno mensile in qualità di invalido civile, con riferimento al requisito del  
mancato svolgimento di attività lavorativa previsto dall'art. 1, comma 35, della legge  
24 dicembre 2007, n. 247

DICHIARA (barrare la casella interessata)

- DI PRESTARE ATTIVITA' LAVORATIVA DAL.....CON UN REDDITO  
IMPONIBILE PARI A €.....
- DI ESSERE OCCUPATO AI SENSI DELLA LEGGE 12 MARZO 1999, N. 68 E DEL  
DECRETO LEGISLATIVO 10 SETTEMBRE 2003, N. 276 (COOPERATIVE SOCIALI E  
CONVENZIONI- QUADRO) <sup>(1)</sup>
- DI NON PRESTARE ALCUNA ATTIVITA' LAVORATIVA

Data.....Firma <sup>(2)</sup>.....

**(1 ) Tale ipotesi non impedisce il conseguimento o il mantenimento del diritto  
all'assegno mensile d'invalido.**

**(2) Per gli invalidi civili il cui handicap non consente loro di autocertificare, se  
interdetti o inabilitati, la dichiarazione dovrà essere presentata dai rispettivi tutori o  
curatori, altrimenti dovrà essere presentato un certificato medico (articolo 1, comma  
256, legge 23 dicembre 1996, n. 662).**

Nel caso si tratti di disabili intellettivi o minorati psichici, in sostituzione della presente  
dichiarazione, entro il 31 marzo 2010, deve essere presentato un certificato medico (articolo 1,  
comma 254, legge 23 dicembre 1996, n. 662).

DA RICORDARE

**Ai sensi dell'articolo 4 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Disposizioni legislative in materia  
di documentazione amministrativa.(Testo A)", la dichiarazione di chi non sa o non può firmare  
è raccolta da pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante.**

Pertanto, le persone impossibilitate a sottoscrivere il presente modulo potranno rilasciare la dichiarazione  
davanti a funzionario incaricato dell'Azienda Sanitaria Locale competente per territorio, del Comune o  
della Sede INPS, organi incaricati dalla legge n. 662/1996 a ricevere la medesima. Il funzionario  
accertierà l'identità del dichiarante (articolo 4 del D.P.R. n. 445/2000)<sup>2</sup>

La invitiamo a restituire tale dichiarazione entro il **31 marzo 2010**. Le ricordiamo che può essere spedita  
o presentata direttamente all'Azienda sanitaria locale (ASL) competente per territorio, al Comune o alla  
sede INPS.

---

**Fasce 33, 38, 41, 42, 44, 45**

**LOGO INPS** Sede INPS di

**Modulo ICRIC01**

Prestazione a favore di **(decodifica tipo invalidità)**  
INVCIV n.....Sede di.....

**Dichiarazione di responsabilità ex articolo 1, comma 248, legge 23 dicembre 1996, n. 662, ai sensi delle leggi n. 15/1968 e n. 45/1986.**

Il/La sottoscritto/a ..... **(nome del titolare)**<sub>8</sub>.....nato/a il **(data nascita)**<sub>10</sub>  
codice fiscale .... **(codice fiscale)**<sub>11</sub>.....  
residente in.....via .....  
titolare dell'indennità di accompagnamento in qualità di invalido civile con riferimento  
alla permanenza o meno del requisito di non ricovero in Istituto a titolo gratuito  
previsto dall'articolo 1 della legge 11 febbraio 1980, n. 18,

DICHIARA (barrare la casella interessata)

- DI ESSERE RICOVERATO A TITOLO GRATUITO DAL .....**
- DI ESSERE STATO RICOVERATO A TITOLO GRATUITO DAL .....AL.....**
- DI NON ESSERE RICOVERATO A TITOLO GRATUITO**

Data.....Firma

(1).....

**(1) Per gli invalidi civili il cui handicap non consente loro di autocertificare, se interdetti o inabilitati, la dichiarazione dovrà essere presentata dai rispettivi tutori o curatori, altrimenti dovrà essere presentato un certificato medico (articolo 1, comma 256, legge 23 dicembre 1996, n. 662).**

Nel caso si tratti di disabili intellettivi o minorati psichici, in sostituzione della presente dichiarazione, entro il 31 marzo 2010, deve essere presentato un certificato medico (articolo 1, comma 254, legge 23 dicembre 1996, n. 662).

**DA RICORDARE**

**Ai sensi dell'articolo 4 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa.(Testo A)", la dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta da pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante.**

Pertanto, le persone impossibilitate a sottoscrivere il presente modulo potranno rilasciare la dichiarazione davanti a funzionario incaricato dell'Azienda Sanitaria Locale competente per territorio, del Comune o della Sede INPS, organi incaricati dalla legge n. 662/1996 a ricevere la medesima. Il funzionario accerterà l'identità del dichiarante (articolo 4 del D.P.R. n. 445/2000)

<sup>1</sup> La invitiamo a restituire tale dichiarazione entro il **31 marzo 2010**. Le ricordiamo che può essere spedita o presentata direttamente all'Azienda Sanitaria locale (Asl) competente per territorio, al Comune o alla Sede INPS.